

P9

## 23. SEUDOANEURISMA AÓRTICO CON INFECCIÓN DE PRÓTESIS EN AORTA ASCENDENTE. ¿ES NECESARIO RETIRAR SIEMPRE LA PRÓTESIS? ¿CUÁNTO TIEMPO CON TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO?

Sánchez Espín G, Ivanova Georgieva R, Arnedo Díez de los Ríos R, Melero Tejedor JM.<sup>a</sup>, Porras Martín C, Such Martínez M, Di Stefano S, Olalla Mercader E, Ruiz Morales J

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga*

**Introducción:** el pseudoaneurisma aórtico con infección de prótesis en aorta ascendente (PIPAA) tras cirugía cardíaca es una entidad infrecuente (0,9-2%) pero grave (mortalidad intrahospitalaria > 40%). El tratamiento más extendido es la cirugía con recambio protésico y terapia antibiótica adecuada a antibiograma; pero el recambio protésico en ocasiones es técnicamente inviable e incluso puede aumentar la mortalidad perioperatoria. Existen casos en los que se ha preservado la prótesis infectada con éxito terapéutico, realizándose limpieza/reparación quirúrgica local apoyada con omentoplastia. No existe consenso en la duración de la terapia médica, y el tratamiento «supresor a largo plazo» en ocasiones se complica por efectos adversos de los antibióticos.

**Objetivos:** aportar dos nuevos casos y evaluar el tratamiento realizado tras un seguimiento a largo plazo.

**Método:** análisis descriptivo de aspectos microbiológicos, farmacológicos y resultados de la terapia realizada, en dos casos de PIPAA de pacientes intervenidos por disección de aorta (prótesis de dacrón en posición supracoronaria) y por insuficiencia y anuloectasia aórtica (tubo valvulado). Se realiza tratamiento quirúrgico conservador de la prótesis aórtica (limpieza quirúrgica, reparación del pseudoaneurisma y omentoplastia), asociándose terapia antibiótica prolongada ajustada a antibiograma.

**Conclusión:** ambos casos presentan, tras más de 1 año de seguimiento, según criterios clínicos, microbiológicos y pruebas de imagen, ausencia de signos de recidiva infecciosa, resultando la terapia adecuada. Aun sin poder establecer tiempo óptimo de tratamiento, serían razonables 6 semanas de tratamiento endovenoso seguidas de 24 semanas de terapia supresora, a ser posible oral, y valorar su retirada siempre que no existan signos de recidiva.

P10

## 25. ¿AUMENTA LA EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE VENA SAFENA LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LOS PACIENTES CORONARIOS?

López Menéndez J, Morales Pérez C, Hernández-Vaquero D, Barral Varela A, Llosa Cortina JC

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo*

**Objetivo:** en 2009 se ha empleado en nuestro centro la extracción endoscópica de vena safena (EEVS). Analizamos si tiene un impacto inmediato en infarto perioperatorio y supervivencia.

**Material y métodos:** se han analizado todos los pacientes coronarios aislados intervenidos en 2009. Se emplearon el Vasoview 6 y Hemopro.

La duración de la intervención, estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI), troponina postoperatoria y necesidad de amins fueron comparadas en ambos grupos.

**Resultados:** fueron intervenidos 291 pacientes de revascularización coronaria aislada, con un 28,5% de EEVS.

Edad media 67,38 (36-83), varones 79,4%. El 47,6% fue cirugía sin bomba extracorpórea. Mortalidad global del 2,9%. Se realizaron una media de 2,64 (desviación estándar [DE] 0,904) injertos/paciente, con un tiempo total medio de quirófano de 5,83 h (DE 1,18).

No precisó soporte inotrópico el 65%, y a dosis bajas en el 25,6%. Troponina máxima 0,701 (0,1-12,5). Estancia mediana en UCI 1 día (1-30).

La duración de la intervención fue significativamente mayor en los pacientes con EEVS (5,68 h vs 6,41 h; p = 0,005).

La troponina máxima fue ligeramente superior en el grupo de extracción convencional (0,73 vs 0,65; p = 0,667), no significativa. No hubo diferencias significativas en duración media del ingreso en UCI, ni en necesidad de soporte inotrópico.

**Conclusión:** la EEVS no produce repercusión precoz en cuanto a infarto perioperatorio/duración de UCI, aunque se precisa seguimiento para estimar diferencias a largo plazo.

La EEVS prolonga la duración de la intervención dada su mayor complejidad técnica.